

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE UNIPLAC**

**ALEX MARCELO AMARAL DA SILVA**

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV/AIDS DE  
MUNICÍPIOS CATARINENSES, BRASIL**

**LAGES (SC), 2016**

**ALEX MARCELO AMARAL DA SILVA**

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV/AIDS DE  
MUNICÍPIOS CATARINENSES, BRASIL**

Dissertação apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Ambiente e Saúde da Universidade  
do Planalto Catarinense para  
obtenção do título de Mestre.  
Linha de Pesquisa: Linha 1 –  
Ambiente, saúde e sociedade  
Orientadora: Dra. Anelise Viapiana  
Masiero  
Co-orientadora: Dra. Maria da  
Conceição Oliveira

LAGES (SC), 2016

## Ficha Catalográfica

S586q	Silva, Alex Marcelo Amaral da. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS de municípios catarinenses, Brasil / Alex Marcelo Amaral da Silva. -- Lages (SC), 2016. 71 p.
Catarinense.	Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. Orientadora: Anelise Viapiana Masiero. Coorientadora: Maria Conceição de Oliveira.  1. Qualidade de vida. 2. AIDS (Doença) - Brasil. 3. Agentes antirretrovirais. I. Masiero, Anelise Viapiana. II. Oliveira, Maria Conceição de. III. Título.  CDD 613.71

(Elaborada pelo Bibliotecário José Francisco da Silva - CRB-14/570)

**ALEX MARCELO AMARAL DA SILVA**

**QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV/AIDS DE  
MUNICÍPIOS CATARINENSES, BRASIL**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no  
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade  
do Planalto Catarinense – UNIPLAC

Comissão Examinadora

Dra. Anelise Vieira Masiero – Orientadora: \_\_\_\_\_

Dra. Maria Conceição de Oliveira-(Coorientadora): \_\_\_\_\_

Dra. Tatiane Muniz Barbosa: \_\_\_\_\_

Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel: \_\_\_\_\_

Dra. Marina Patricio de Arruda: \_\_\_\_\_

Dra. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni: \_\_\_\_\_

LAGES (SC), 2016

“ O fracasso jamais te surpreenderá se a tua decisão de vencer for  
suficientemente forte” Ogg Mandino.

Dedico este trabalho a Tereza Amaral da Silva, Leoiza Andrião Coelho, Márcio Arruda Ramos, Robson Guerra, Franco Artur Gargaro, Wilson Urbano, pelo incentivo e apoio na trajetória acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus sobre todas coisas, a extraordinária família a qual pertença, a todos os meus professores da Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde, em especial a minha Orientadora Dra. Anelise Viapiana Masiero e Coorientadora Dra. Maria Conceição Oliveira.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência.

Et al. - et alli

DIVE- Diretoria de Vigilância Epidemiológica

HIV- vírus da imunodeficiência humana.

PVHA- Pessoas Vivendo com HIV- Aids.

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TARV- Terapia Antirretroviral

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quadro resumo das questões do WHOQOL-HIV, considerando os domínios do instrumento.....	31
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01- Relação dos municípios de Santa Catarina com os dados de notificação e tratamento de pessoas com HIV/AIDS em 2014.....	16
Tabela 02 - Caracterização sociodemográfica dos participantes. Santa Catarina, Brasil, 2015.....	32
Tabela 03 - Auto-avaliação de saúde dos indivíduos e aspectos relacionados à infecção dos pacientes. Santa Catarina, Brasil,2015.....	33
Tabela 04 - Aspectos relacionados ao estágio da doença, tempo de Contaminação, Santa Catarina, Brasil,2015.....	34
Tabela 05- Vias de contaminação pela vírus HIV, Santa Catarina, Brasil,2015.....	35
Tabela 06- Valores descritivos dos domínios da escala de qualidade de vida WHOQOL-HIV-BREF. Santa Catarina, Brasil,2015.....	35
Tabela 07- Adesão ao tratamento medicamentoso de portadores de hiv, de acordo com os resultados do teste CEAT-HIV.....	36

## RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e ganha destaque pelas desigualdades sociais e regionais que o País é acometido. Esforços são direcionados para os usuários no sentido de conscientizá-los a respeito da adesão ao tratamento farmacológico para que se tenha uma melhor qualidade de vida dentro do cenário da doença. O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), os fatores associados, e a relação da adesão com a qualidade de vida de pessoas que vivem com o HIV/AIDS. O estudo se caracterizou por ser descritivo, transversal, quantitativo. Participaram do estudo 117 indivíduos portadores de HIV/AIDS vinculados a serviços públicos de seis municípios de médio e grande porte do Estado de Santa Catarina. Para coleta de dados foram utilizados dois questionários validados: o WHOQOL-HIV-Bref, para avaliação da qualidade de vida e o CEAT- HIV para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral. O perfil das pessoas vivendo com HIV/AIDS que participaram do estudo, caracterizam-se por ter idade média de 44 anos, de ambos os sexos, com baixa escolaridade e a maioria vivendo com companheiro(a). Quase a totalidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS, apresentaram baixa adesão a TARV. Na análise da qualidade de vida, observou-se que as mais elevadas médias foram atribuídas aos domínios: a auto-avaliação de saúde, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os domínios nível de independência, físico e espiritualidade apresentaram as médias mais baixas. Faz-se necessário implementar estratégias que conduzam à melhoria da adesão ao tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida, condizentes com as necessidades desta população, a fim de garantir eficácia terapêutica e aumento da sobrevida do paciente.

**Palavras Chaves:** Qualidade de vida, adesão ao tratamento, terapia antirretroviral.

## ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) became one of the major public health problems around the world and regional and social inequalities that affect the country make it even worse. This research is making efforts with those who struggle against AIDS in order to educate them about pharmacological treatment, which will provide a better life quality within the disease scenario. The aim of this study was to evaluate the adherence to antiretroviral therapy (ART), associated factors and the influence of therapy on patient's life quality. The study is descriptive, cross-sectional and quantitative. The study included 117 individuals with HIV/AIDS linked to public health services in six medium and large cities of the state of Santa Catarina. For data collection, two validated questionnaires were used: WHOQOL-HIV-BREF, to evaluate life quality and HIV CEAT- to assess adherence to antiretroviral treatment. The profile of people living with HIV/AIDS in the study was in an average age of 44 and both sexes, with low scholarship and mostly living with a partner. Almost all people living with HIV/AIDS showed low adherence to antiretroviral therapy (ART). In the analysis of life quality, the study showed that the highest averages were in the following areas: Self-reported health, psychological, environmental and social relations. The areas that had the lowest averages were level of independence, physical and spirituality. It is necessary to implement strategies to improve adherence to pharmacological treatment and consequently an improvement of life quality of these patients in order to ensure therapeutic efficacy and increase their survival.

Key-words: Quality of life, adherence to treatment, antiretroviral therapy

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>12</b>
<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 Problema de Pesquisa .....	17
1.2.Aproximação com a Temática.....	17
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2. Objetivos Específicos .....	18
<b>3. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
3.1.HIV/AIDS.....	19
3.2.Terapia Antirretroviral (TARV) e a Adesão Ao Tratamento.....	20
3.3 Qualidade De Vida.....	25
<b>4. METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
4.1 Caracterização do Estudo.....	28
4.2. Local de Realização do Estudo.....	28
4.3.Participantes da Pesquisa e Coleta dos Dados.....	29
4.3.1. Procedimento De Coleta de Dados.....	29
4.3.3. Do Registro e Análise dos Dados.....	30
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e ganha destaque pelas desigualdades sociais e regionais que o País é acometido.

A propagação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), desde seu descobrimento, é representada pela mudança no perfil epidemiológico e nos traços da epidemia (BRITO et al., 2001).

Os estudos direcionados à temática do HIV/AIDS ocorrem há muito tempo e os avanços na produção de conhecimento têm se centralizado no tratamento antirretroviral (BONOLO, GOMES, GUIMARÃES, 2007). Estes autores ressaltam uma melhora na saúde de quem adere ao tratamento e recebe suporte necessário para manutenção do mesmo. No entanto, desenvolver o comportamento de adesão ao tratamento é o desafio encontrado, pois são grandes os fatores intervenientes no processo, como o físico, psicológico, social e ambiental.

Os reflexos de um comportamento de não adesão ao tratamento extrapolam os aspectos físicos. Afetam a autoestima da pessoa, sua qualidade de vida, relacionamentos interpessoais, vida social, financeira entre outros (REINERS, et al., 2008).

No Brasil, desde a identificação do primeiro caso em 1981, até dezembro de 2014 -, foram realizadas 757.042 notificações de HIV (BRASIL, 2014a, p.34)

A região Sul ocupa a segunda posição, com maior número de notificações, totalizando 31,1% segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2014a). Sendo que Santa Catarina, está em terceiro lugar no número de casos notificação, entre todos os estados da Federação (BRASIL, 2015)

A partir dos dados epidemiológicos a seguir apresentados, identificados em literatura existente, ressalta-se a intenção de investigar o comportamento de adesão das pessoas com HIV/AIDS para possíveis contribuições.

A atenção dispensada dos órgãos de saúde para com a proteção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis tem seu notório espaço já conquistado e mantido. Com o auxílio da mídia, disseminam-se campanhas estimulando e conscientizando as pessoas quanto ao uso de preservativos na relação sexual. (MONTEIRO, MONTEIRO, 2005).

Ao tomar consciência de uma contaminação pelo vírus HIV inicia-se, da parte dos profissionais da saúde, um movimento de orientação e engajamento das pessoas infectadas para que aceitem o tratamento e mantenham a adesão aos programas ofertados. Em outras doenças observam-se índices significativos nas taxas de desistência do tratamento, como no caso da hipertensão, por exemplo<sup>1</sup>. Na referida pesquisa, de uma amostra de 226 pessoas com hipertensão, em um ano constatou-se o abandono ao tratamento de 25,7%. Pessoas do sexo masculino e com uma idade mais avançada caracterizam a maior parte deste percentual de abandono ao tratamento.

Esforços são direcionados para os usuários no sentido de conscientizá-los a respeito da adesão ao tratamento farmacológico em conjunto com outras terapias para que se tenha uma melhor qualidade de vida dentro do cenário da doença. O acolhimento das pessoas diagnosticadas com o vírus HIV é uma das atitudes primordiais para formação de um breve, mas seguro vínculo com a pessoa portadora do vírus. Conforme esta relação acontece, a possibilidade de adesão fortifica-se.

A adesão efetiva ao tratamento, segundo Talhate (2011, p.10), “está ligada ao que o paciente entende como terapêutica, tendo como componente principal o medicamento como o agente de manutenção e prevenção da saúde”. O desafio de manter a adesão ao tratamento de pessoas portadora do vírus HIV ultrapassa a questão farmacológica. Esta pessoa está inserida num contexto familiar, laboral, educativo, social e com valores e vivências pessoais os quais poderão influenciar o portador do vírus HIV neste processo do tratamento.

O apoio recebido ou não interfere na decisão a ser tomada diante das terapêuticas oferecidas. Neste momento, a autoestima está enfraquecida e, caso não seja fortalecida, não será possível dar a esta pessoa uma vida com qualidade.

A tabela abaixo (Tabela 01) apresenta os seis municípios com maior índice de notificação de pessoas doentes de Aids e a baixa adesão aos tratamentos em Santa Catarina, conforme dados cedidos

---

<sup>1</sup> BORGES, P. C. dos S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/291.pdf>

pela Gerência Estadual de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais, (Sistema de Informação de Agravos de Notificação -SINAN SC).

**Tabela 01 – Relação dos municípios de Santa Catarina com os dados de notificação e tratamento de pessoas com HIV/AIDS em 2014.**

<b>Municípios</b>	<b>Notificados em 2014</b>	<b>Em tratamento em 2014</b>
Florianópolis	5076	3234
Joinville	3481	2092
Itajaí	2768	1841
Criciúma	1752	558
Chapecó	708	598
Lages	640	369

Fonte: SINAN 2014 – (Diretoria de Vigilância Epidemiológica DIVE, SC)

O trabalho realizado junto a organizações não governamentais e a convivência através de trabalhos da área da Psicologia, como grupos de apoio, reforçam a justificativa de se pesquisar este tema. A não adesão acaba influenciando a autoestima, a vida pessoal, familiar, social e laboral desta pessoa. As possíveis reflexões referem-se à saúde do portador do vírus, o contexto em que ele vive (ambiente) e como se percebe e é percebido pela sociedade, articulações estas que vão ao encontro da proposta do presente trabalho.

Observa-se também que as equipes multiprofissionais precisam de treinamentos e capacitações entre os Serviços de Atenção Especializados (SAES) para o acolhimento e a distribuição de medicações as pessoas vivendo com o HIV/AIDS, o qual muitas vezes através de relatos das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) vivem com sentimentos de preconceitos e discriminações (ZUQUE, 2011).

Como questões de pesquisa e ou hipóteses elencam-se as seguintes questões: (a) Considera-se que há uma baixa adesão ao tratamento e à terapia antirretroviral de pessoas com HIV /AIDS (b) Considera-se que os principais fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento e à terapia antirretroviral: os problemas sociais e

familiares, psicológicos e percepção negativa de seu estado geral de saúde.

### **1.1 Problema de Pesquisa:**

Como ocorre a adesão à terapia antirretroviral, fatores associados, e sua relação com a qualidade de vida de pessoas que vivem com o HIV/AIDS em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil?

### **1.2. Aproximação com a Temática**

Comecei a minha militância junto ao Movimento AIDS em 2003 através da Associação Catarinense de Apoio Social e Educacional à Família (ACASEF) a qual sou presidente hoje. Por meio de realização de palestras, priorizando a prevenção e conscientização ao HIV/AIDS junto as populações acessadas pela instituição. Dentre elas, destacam-se: os Profissionais do Sexo, Usuários de Drogas lícitas e ilícitas e população em privação de liberdade.

Ainda, dentre as funções exercidas destacam-se: Presidente da Articulação Catarinense de DST/HIV/AIDS, HV e Redução de Danos e representante da Região Sul do Brasil na Comissão Nacional de DST/HIV/AIDS e HV entre os anos 2006 a 2008.

Pela vivência ao longo desses 13 anos elenco como fatores relacionados a assistência, que contribuem para não adesão ao tratamento antirretroviral: Falta de capacitação junto ao processo humanizado no acolhimento as PVHA nos locais onde se dispensa a medicação; Locais não apropriados para a dispensa da medicação, gerando preconceito e discriminação as PVHA; Falta de recursos humanos para aprimorar o atendimento junto a esta população, equipe multiprofissional qualificada.

Neste contexto, não posso me abster de investigar a cerca da adesão ao tratamento antirretroviral considerando que o Estado de Santa Catarina esta entre os estados ocupa a 3ª com maior índice de pessoas infectadas pelo vírus da AIDS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar adesão ao tratamento antirretroviral, fatores associados e a relação da adesão com a qualidade de vida de pessoas que vivem com o HIV/AIDS em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil de pessoas vivendo com HIV/AIDS participantes do estudo
- Avaliar os fatores relacionado à adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com o HIV/AIDS

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

Nas seções abaixo serão apresentados os principais referenciais teóricos que contribuirão para a apresentação e compreensão dos temas envolvidos neste trabalho.

#### 3.1. HIV/AIDS

O início da história da AIDS é relatada, segundo estudos de Melo et al., a partir da identificação, em 1981, nos EUA, da síndrome da imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como AIDS. A partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (RODRIGUES et al., 2015)

A forma de transmissão do vírus HIV acontece, conforme apontam Rachid e Schechter (2008), ocorre através de relações sexuais entre heterossexuais ou homossexuais; por meio da inoculação de sangue e derivados e da mãe infectada para o feto. Esta última forma pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante a amamentação e o risco aumento na medida em que progride a imunodeficiência da mãe.

Os sintomas manifestos são um agrupamento de sinais e a infecção é tratada como um “espectro de problemas, que vão de uma fase inicial até uma fase avançada, com manifestações clínicas se tornando cada vez mais complexas e atípicas a partir da progressão da imunodeficiência” (RACHID; SCHECHTER, 2008, p. 07).

Estes autores relatam ainda que a doença apresenta três fases: a fase aguda ou síndrome de soroconversão, a fase assintomática e a sintomática. Na fase aguda, o período de exposição da pessoa ao vírus pode ser compreendido de cinco dias a três meses, com sintomas de gripe, febre, astenia, faringite, mialgia, cefaleia, dor retro-orbicular e linfadenopatia. Nesta fase os testes para o HIV podem ser negativos, tornando-se positivos após alguns dias ou semanas. Na fase assintomática encontram-se indivíduos que nunca apresentaram manifestações clínicas, sendo necessário exames clínicos, entrevistas psicossociais entre outras informações necessárias. Na fase sintomática existem dois momentos: a precoce (sintomas manifestados em fase inicial) e a tardia (ocorrência de infecções que

raramente afetam os indivíduos imunocompetentes) (RACHID e SCHECHTER, 2008).

A carga viral é um preditor de partículas virais no plasma e está associada com a probabilidade de progressão da doença. Existem metodologias específicas para a quantificação da carga viral (CABRAL, 2010).

A primeira terapêutica a ser utilizada foi a zidovudina (AZT). Para Rachid e Schechter (2008, p.18), o desenvolvimento de novas drogas antirretrovirais auxiliou na “redução da morbidade e na letalidade associada à infecção pelo HIV nas pessoas com acesso à medicação. Isto se deve à reversão da imunodeficiência, que pode ocorrer mesmo em pacientes que tenham iniciado o tratamento em fases avançadas”.

Para Brito et al. (2001), a epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS “representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo” (p. 01).

A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (Brito et al., 2001),

Concomitante à evolução da AIDS, observa-se a manifestação de doenças crônicas não transmissíveis, que, conforme Ducan et al.(2012), são compostas por quatro grupos de doenças – cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes. Para estes autores, as doenças crônicas são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração.

### **3.2.Terapia Antirretroviral (TARV) e a Adesão ao Tratamento**

Paralelo às reflexões sobre as características que influenciam a adesão ao tratamento há outro aspecto a ser descrito neste momento para complementar a revisão literatura que é a medicação antirretroviral. O vírus da AIDS afeta, principalmente o sistema imunológico, deixando o organismo sensível á infecções e à outras doenças associadas.

As políticas públicas na área da saúde ganharam expressão, no Brasil, em meados de 1996, quando foi criada a lei 9.313 a qual assegura aos portadores do vírus da AIDS o acesso de forma gratuita

aos medicamentos que são essenciais para o tratamento, via Sistema Único de Saúde (Mendes et al., 2012). Segundo estes autores, o Programa Nacional de combate à AIDS tem seu reconhecimento internacional do tratamento da doença e o programa permitiu proporcionar melhor qualidade de vida dos pacientes e controle da epidemia no país.

Os dados epidemiológicos são alarmantes e a indústria farmacêutica esforça-se em produzir fármacos que possam conter a ação do vírus no organismo. Segundo Brito et al. (2001, p.25), uma das maiores barreiras ao sucesso da terapia ARV é a incapacidade de algumas pessoas vivendo com HIV de aderirem, de maneira séria, a terapia, pois uma aderência incompleta permite que o vírus se multiplique mesmo na presença dos fármacos, ou seja, permite o surgimento de linhagens resistentes.

Resende et al.(2012, p.188) ao discutirem os trabalhos de vários autores acerca da importância da adesão à terapia ARV apontam que:

O sucesso da terapia antirretroviral depende da manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, um fator fundamental para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico de pacientes infectados pelo HIV (MANFREDI et al.,2008; SOUZA et al.,2010). Existe uma dificuldade em definir os limites da adesão para que o tratamento antirretroviral seja eficaz; sugere-se uma adesão de pelo menos 95% (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Percebe-se um esforço de pesquisadores em descobrir um fármaco que cure a doença. Enquanto esta atitude não acontece, os fármacos existentes amenizam a ação do vírus no organismo e auxilia na proteção do sistema imunológico da pessoa vivendo com HIV. Figueiredo et al. (2001) salienta que na prática assistencial junto a pacientes que fazem uso de antirretrovirais, tem sido observado com

frequência, que estes apresentam queixas e dificuldades de compreensão no uso dos esquemas terapêuticos.

A dificuldade em relação à terapia farmacológica para a AIDS aliada à outras limitações (autoestima, financeiras, suporte familiar, etc.) podem compor uma barreira ao tratamento da AIDS no geral, afetando a qualidade de vida dos pacientes bem como sua autoestima (BRASIL, 2008).

Após breve apresentação da manifestação dos sintomas e características da doença, parte-se para uma reflexão a respeito aos tratamentos e, principalmente à adesão aos diversos tipos de tratamento ofertado.

Estes serviços destinados ao apoio, ao tratamento envolvem diversos profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais entre outros. São profissionais responsáveis pelo cuidado da pessoa e que precisam estar preparados, não só tecnicamente, mas humanamente para acolher a pessoa que convive com o HIV (BRASIL, 2008).

Sadala (2000, p.99) sinaliza que trata-se de um paciente que, por ter um diagnóstico de AIDS, “já vem precedido de rótulos e estereótipos, é rejeitado pela família e sociedade, responsabilizado pela contaminação, portanto, difícil de ser tratado”.

O cuidar de um paciente com o vírus HIV e AIDS, segundo a autora, é confrontar-se com todas as características que a síndrome carrega consigo, toda a sua representação conceitual, uma visão sistêmica, do todo e não somente de uma parte (SADALA, 2000).

Parte-se da premissa, numa visão humanista e fenomenológica, de cuidar do paciente como uma teia de relações humanas, com abertura para se pensar o que é o ser, a interação dos indivíduos uns com os outros, numa coexistência singular e coletiva. Ao oferecer um serviço terapêutico pautado nestas premissas, a chance de adesão e permanência do tratamento tendem a manter-se e aumentar (SADALA, 2000).

De acordo com a *American Public Health Association* (2004), adesão ao tratamento em HIV/Aids se refere especificamente à capacidade que o indivíduo, vivendo com HIV/Aids, tem de ser envolvido na escolha, no início, no gerenciamento e na manutenção de um dado regime de medicação

terapêutica a fim de controlar a replicação (HIV) viral e melhorar a função imune. (RESENDE et al., 2012, p.188)

Porém, a literatura aponta para uma parcela significativa de pessoas que não aderem ao tratamento ou acabam desistindo da assistência por diversas razões. Fatores que podem dificultar a adesão podem ser exemplificados através de FAUSTINO (2006):

- Complexidade do regime terapêutico;
- A precariedade ou ausência do suporte social afetivo e/ou material/instrumental, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é insuficiente;
- Baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento;
- Não aceitação da soropositividade, pois tomar os remédios significa reconhecer a existência da doença;
- Efeitos colaterais da medicação antirretroviral, que torna o próprio tratamento aversivo;
- Crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e tratamento;
- Abuso de álcool e outras drogas;
- Relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde.

Através da compreensão da enfermidade, a partir de informações e esclarecimentos, a pessoa portadora do vírus HIV/AIDS toma conhecimento do tratamento e objetivos da terapia o que pode favorecer a sua motivação. O vínculo formado com a equipe de saúde é outro ponto positivo rumo à adesão ao tratamento. Ao acolher, compreender, atender as demandas do usuário, ao fazer a escuta e estabelecer uma relação de confiança, constrói-se mais uma ação com objetivo de permanência deste usuário no sistema de tratamento.

Shah et al. (2012), realizaram um estudo coorte retrospectivo de 12 anos na Malásia com o objetivo de avaliar a efetividade da terapia antirretroviral. Foram incluídos no estudo 1.479 pacientes divididos em dois grupos. Grupo controle que não teve tratamento com a terapia antirretroviral ou o fizeram por período inferior a doze meses e grupo que estava em tratamento pelo menos a 12 meses. Os resultados mostraram que a média de sobrevivência dos pacientes que não estava em tratamento foi de 19 meses enquanto que no grupo em tratamento quase 80% estavam vivos ao término do estudo. A estimativa de vida no grupo controle foi de 8 meses e no grupo com terapia antirretroviral foi de 11 anos. O que prova que o paciente que adere a terapia antirretroviral tem uma alta probabilidade de sobrevivência.

Estudo realizado na Romênia (DIMA et al.,2013, p. 351) sugere algumas pistas acerca da importância de serem investigados os aspectos psicológicos, de autoestima e de expectativas quanto ao tratamento e a adesão ao mesmo na terapia ARV, uma vez que há uma implicação em termos de “barreiras para aderência à terapia ARV em adultos jovens romenos”.

O estudo indica ainda que a baixa adesão (autoreferida) depende se existe para os pacientes a sensação física de estarem melhores ou piores, ou ainda se há perturbações emocionais, principalmente se o a adesão se dá em um momento difícil de suas vidas e que o tratamento exige esforço. Em termos da auto-estima, a adesão é relativa à confiança na sua “capacidade de cumprir o cronograma de medicação, se sentir menos satisfeitos com seu tratamento, a experiência sobre os efeitos colaterais e se há uma pequena expectativa quanto aos resultados” (DIMA et al.,2013, p. 351).

Os autores sugerem ainda, que o médico e as equipes devem dirigir esforços relativos a essas barreiras no exercício da prática clínica, principalmente quanto à experiência de efeitos colaterais da medicação e sofrimento emocional, assim como outras possíveis dificuldades de tratamento, como considerarem de baixa eficácia e de insatisfação relativas ao tratamento. “Percepções de melhorias no estado de saúde foram em geral associada ao aumento da aderência, mas, mesmo se sentindo bem fisicamente, por vezes, houve comportamentos não-adesão” (DIMA et al.,2013, p.343)

De forma semelhante, o estudo de Seidl, et al. (2005, p. 193) demonstra que nos tratamentos quando as pessoas são avaliadas quanto à sua condição clínica, que “pessoas assintomáticas avaliaram

melhor o seu funcionamento físico. Do mesmo com a melhoria das condições de saúde devido à terapia anti-retroviral, em uso pela maioria dos participantes”. Neste sentido para os autores, “(...) é plausível supor que pessoas sintomáticas tenham intercorrências, desconforto ou debilidade física, o que não costuma ocorrer com aquelas que são assintomáticas”.

### **3.3 Qualidade De Vida**

Ao abordar a qualidade de vida faz-se necessário definir o que se entende por saúde e qualidade de vida. A doença, para Cañete (2001) é a perda relativa da harmonia. Relaciona-se o conceito à um desequilíbrio ou então a uma ausência de bem-estar, atingindo a satisfação das necessidades de diversas ordens, como a física, emocional, social e espiritual.

Para esta autora, não se aborda somente um corpo doente, pois assim seria seguir uma lógica reducionista e mecanicista. É necessário olhar o ser humano com uma visão sistêmica, de totalidade, observando suas inter-relações e complexidades e, neste cenário, a doença manifesta-se através de uma desarmonia (CAÑETE, 2001)

A saúde, conceito oposto ao da doença muitas vezes está ligado ao construto felicidade. Para a Organização Mundial da Saúde, saúde está ligada aos aspectos biopsicossociais e não se restringe à ausência de doenças. Trata-se do equilíbrio nas esferas da vida humana.

A qualidade de vida decorre de valores e atitudes relacionadas a um fato. Cañete (2001) evidencia que o conceito chave de reflexão sobre qualidade de vida é a consciência, uma vez que o próprio indivíduo torna-se responsável pela sua saúde e, conseqüentemente, pelo seu bem-estar.

Ferreira et al. (2012) sinalizam que o processo de saúde e doença constituem um continuum e ressaltam a importância da percepção do indivíduo sobre si mesmo e sobre o que lhe cerca. Isto retrata que, apesar dos sinais enviados pelo organismo, é a própria pessoa que compreenderá estes sinais através da compreensão subjetiva do indivíduo e de seus estados alterados, o que irão influenciar na sua percepção sobre processo de adoecimento e adesão ao tratamento.

Estes autores ainda apontam para os fatores que compõem a qualidade de vida, que são: aspectos individuais (físicos, mentais, psicológicos e emocionais), aspectos relacionais (família, amigos, escola), aspectos sociais (saúde, educação, poder de compra) e aspectos culturais (sistemas de valores em que se vive, objetivos, expectativas). Todas estas dimensões relacionam-se de forma a influenciar a autoestima do indivíduo (Ferreira et al. 2012)

De um modo geral, o bem-estar e autoestima relacionam-se mutuamente e, segundo Ferreira et al. (2012, p. 29), caracteriza-se “como a representação das pessoas sobre as avaliações feitas acerca de seu estado biopsicossocial e, conseqüentemente, está relacionado às vivências afetivas positivas e à avaliação da satisfação com a vida de um modo geral”.

Desta forma, o indivíduo que toma consciência de uma doença, como o vírus HIV, leva em consideração seus aspectos afetivos uma vez que repercute em seus aspectos físicos através de manifestações de sintomas, mentais, psicológicos e emocionais. A consciência do diagnóstico afeta estas dimensões além de afetar os aspectos relacionais (à medida que a família toma ciência da condição de saúde do indivíduo e este precisa da rede de apoio para tratamento). Afeta ainda os aspectos sociais uma vez que o indivíduo portador do vírus HIV irá buscar na rede de saúde apoio para o tratamento, sem mencionar ainda os aspectos sociais (Ferreira et al. 2012).

Tem havido um grande esforço da Organização Mundial de Saúde no sentido de criar instrumentos fidedignos que avaliem a qualidade de vida no aspecto relativo à saúde e que possam ser utilizados em diferentes contextos socioculturais.

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK et al.2000, p.179)

Ainda que a definição de qualidade de vida possa ter uma certa variabilidade, dependendo de inúmeros fatores sociais, culturais, interpessoais e outros, há um crescente interesse na utilização e

melhoria de instrumentos que deem conta de sua avaliação com vários focos, saúde do idoso, saúde do trabalhador, dentre outros ((FLECK et al.2000)

Na especificidade do HIV e Aids, tem havido igualmente esforços para a construção,

Com o objetivo de criar um instrumento de avaliação da qualidade de vida direcionado para portadores do HIV, pesquisadores da Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) e da OMS realizaram estudos em portadores do HIV em nove diferentes países. O resultado desse estudo foi o instrumento WHOQOL-HIV, um módulo adicional específico para pessoas portadoras do HIV ou AIDS. (PEDROSO et al.,2012, p.59)

Considera-se que há uma forte influência dos fatores ligados à qualidade de vida em suas várias dimensões que merecem ser avaliados para ampliar a compreensão acerca da maior ou menor adesão ao tratamento e à terapia antirretroviral de pessoas com HIV/AIDS. O maior conhecimento de equipes de saúde que trabalham com esta problemática poderá ampliar o escopo da atuação dos profissionais junto a estes pacientes (BRASIL, 2008).

Estudos sobre qualidade de vida em pessoas com HIV/AIDS têm mostrado que há diferentes fatores que devem ser buscados para a sua compreensão. A pesquisa realizada na cidade de Porto, Portugal, por REIS et al.(2010, p.426) relacionando sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na Infecção HIV e AIDS, sugere que “a “disfunção psicológica pode constituir um fator de risco para a qualidade de vida (associações negativas), enquanto a adesão ao tratamento se mostrou um fator de proteção para a qualidade de vida (associações positivas)”.

## 4. METODOLOGIA:

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIPLAC, conforme parecer nº 1.156.840, de 22/07/2015 (Anexo 1). Para realização da presente pesquisa fez-se necessário utilizar da seguinte metodologia:

---

### 4.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como sendo de natureza básica, de abordagem quantitativa cuja obtenção dos dados se deu por meio de aplicação de questionários validados.

### 4.2. Local de realização do Estudo

O estudo foi desenvolvido em 6 municípios de médio e grande porte do Estado de Santa Catarina: Florianópolis, Lages, Criciúma, Chapecó, Itajaí, Joinville. Estes foram selecionados em razão de apresentarem os maiores índices de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Estado (DIVE-SC, 2014).

A aplicação dos questionários foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2015, nos locais de dispensação de medicamentos antirretrovirais, conforme relação a seguir:

- ✓ Lages: Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais;
- ✓ Florianópolis: Policlínicas;
- ✓ Joinville: Unidades Básicas de Saúde;
- ✓ Chapecó: Hospital Dia;
- ✓ Criciúma: Programa Municipal de Atenção às DST/HIV/AIDS.
- ✓ Itajaí: Centro de Atenção as Doenças Epidemiológicas.

---

A cada um desses serviços foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa, havendo a concordância de todos os setores das Secretarias Municipais de Saúde responsáveis pela assistência de pessoas vivendo com o HIV/AIDS em cada município. O contato inicial foi feito via telefone com as Secretarias Municipais de Saúde, para solicitar autorização e auxílio na realização da pesquisa a fim de agendar datas e horários para a coleta das informações.

Após a autorização, foram realizadas visitas presenciais aos locais de coleta para contato com as coordenações dos Programas e para

conhecimento dos locais de pesquisa. Na sequência foi agendado o retorno para aplicação dos questionários, no período da dispensação da medicação.

#### **4.3.Participantes da pesquisa e coleta dos dados:**

Participaram do estudo pessoas portadoras de HIV/AIDS vinculadas a serviços públicos e em tratamento nos referidos municípios. Segundo dados da DIVE SC (2014) dos 14.425 casos notificados nestes 6 municípios, 8.692 pessoas estão em tratamento.

Os sujeitos que participaram do estudo foram convidados a participar após uma explanação do pesquisador sobre os objetivos do estudo. Os que demonstravam interesse em participar foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apendice 1). Esta explanação ocorria antes da dispensação da medicação.

Foram considerados como critérios de inclusão: serem usuários dos serviços elencados; maiores de 18 anos e em tratamento há pelo menos 3 meses. Ao total, por conveniência, obteve-se 6 grupos de 20 (vinte) pessoas vivendo com HIV/AIDS. Cada grupo representava um dos 6 municípios.

Ressalta-se que foram tomados todos os cuidados éticos para manter a integridade dos participantes garantir o sigilo das informações e anonimato.

##### **4.3.1. Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi dividida em três partes: (a) Caracterização dos usuários e análise da qualidade de vida de pacientes vivendo com HIV (Fang 2002)- considerou os itens contidos no WHOQOL-HIV-Bref (Anexo 2); (b) CEAT- VIH com o propósito de avaliar a adesão ao tratamento anti-retroviral (Anexo 3), validado no Brasil por Remor et al.(2007).

##### **(a) Caracterização dos usuários e avaliação da qualidade de vida de pacientes vivendo com HIV/AIDS**

Para a caracterização dos usuários investigou-se as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, estado civil e percepção sobre estado de saúde.

Para avaliação da qualidade de vida de pacientes vivendo com HIV/AIDS utilizou-se o WHOQOL-HIV-Bref, proposto pela OMS e validado por Fang et al.(2002), o qual contém 31 questões. Ele baseia-se no WHOQOL-Bref (26 questões), que é a forma abreviada do WHOQOL-100 adicionado de cinco questões extras, específicas, para pessoas que vivem com HIV/AIDS, totalizando 31 questões (OMS, 2002). Estas questões resultam em 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade), e uma faceta geral que avalia a QV em geral e a percepção geral de saúde, não existindo uma “pontuação total” do instrumento

### **(b) Adesão ao tratamento**

Para avaliação da adesão ao tratamento, utilizou-se o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT- VIH) validado por Remor et al. (2007). O instrumento é composto por 20 questões que avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Com caráter multidimensional, abrange fatores que podem modular o comportamento da adesão ao tratamento. A pontuação é obtida pela soma dos itens. O valor mínimo possível é 17 e o valor máximo possível é 89. Pacientes com escore entre 80 e 89 são considerados estritamente aderente; entre 75 e 79 têm boa aderência e inferior a 74 são considerados pouco aderentes ( REMOR et al., 2007).

### **4.3.2. Do registro e análise dos dados**

O banco de dados foi criado inicialmente no Excel e posteriormente exportados para o Programa estatístico SPSS, versão 22.0. Foi feita uma análise inicial do banco de dados com o intuito de corrigir erros e inconsistências. Dos 120 formulários, 3 foram excluídos por preenchimento incompleto.

Para análise dos dados sócio-demográficos utilizou-se a estatística descritiva. Na análise da Qualidade de Vida empregou-se a ferramenta do *excel* proposta por Pedroso et al. 2012. A seguir apresenta-se um quadro resumo das questões que envolvem cada domínio adaptado do grupo WHOQOL-HIV, proposto por Pedroso et al. 2012.

Quadro 1. Quadro resumo das questões do WHOQOL-HIV, considerando os domínios do instrumento.

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Domínio I - Físico	<i>Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</i> Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Quanto satisfeito(a) você está com o seu sono? <i>O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?</i>
Domínio II - Psicológico	O quanto você aproveita a vida? O quanto você consegue se concentrar? Você é capaz de aceitar sua aparência física? Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo? <i>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</i> <i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i>
Domínio III - Nível de independência	Quão bem você é capaz de se locomover? Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Domínio IV - Relações sociais	Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece? Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual? Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária? Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
Domínio V - Meio ambiente	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?
Domínio VI - Espiritualidade/religião/crenças pessoais	<i>Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?</i> <i>O quanto você tem medo do futuro?</i> <i>O quanto você se preocupa com a morte?</i>
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	Como você avaliaria sua qualidade de vida? Quanto satisfeito(a) você está com a sua saúde?

Fonte: Adaptado de Grupo WHOQOL-HIV, 2002.

Fonte: Pedroso et al. 2012.

Para análise da adesão realizou-se a soma dos itens conforme proposto por Remor et al.(2007) e na sequência aplicou-se o teste de correlação de Pearson para análise bivariada cruzando o desfecho (adesão ao tratamento antirretroviral) às variáveis independentes (sóciodemográficas, auto-avaliação de saúde, tempo de infecção, estágio da doença e meio de contaminação).

Por fim realizou-se uma análise de variância para verificar se o estágio da doença influenciava na adesão e na qualidade de vida, com nível de significância de 5%.

## 5. RESULTADOS

Na análise dos resultados observou-se um equilíbrio entre participantes do sexo feminino (50,5%) e masculino (49,5%). A média de idade foi 44 anos, 41% com baixa escolaridade e em torno de 40% casado ou vivendo em união estável (Tabela 02).

**Tabela 02 - Caracterização sociodemográfica dos participantes. Santa Catarina, Brasil, 2015.**

<b>Dados Sócio-demográficos (n=117)</b>	Masculino 58 (49,5%)	Feminino 59 (50,5%)
<b>Idade</b>		
18 -29 anos	12 (10%)	5 (4%)
30 - 39 anos	13 (11%)	8 (7%)
40 - 49 anos	18 (16%)	22 (19%)
50 -59 anos	12 (10%)	17 (15%)
> 60 anos	3 (2%)	7 (6%)
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	2 (2%)	4 (3%)
1º Grau	15 (13%)	26 (23%)
2º Grau	14 (12%)	20 (17%)
3º Grau	15 (13%)	5 (4%)
Não respondeu	12 (10%)	4 (3%)
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	22 (19%)	18 (15%)
Casado	16 (14%)	17 (14%)
União estável	9 (8%)	5 (4%)
Separado	5 (4%)	2 (2%)
Divorciado	4 (3%)	8 (7%)
Viúvo	1 (1%)	9 (8%)
Não respondeu	1 (1%)	0 (0%)

Fonte: Dados primários

A tabela 03 apresenta os dados relativos à auto-avaliação de saúde. Quando questionados sobre a autopercepção de saúde 61,54% dos participantes avaliam a sua saúde como boa ou muito boa e 64,96% não se consideram doentes. Quando estratificada a análise entre os gêneros também não se observou diferença em relação a

autoavaliação de saúde ( $p=0,882$ ), bem como, se considera-se doente ( $p=0,794$ ).

Em relação a problemas de saúde associados, 23,96% relatam outras condições crônicas de saúde com destaque para questões de ordem física (colesterol, gripe forte e efeitos colaterais da TARV) e psíquica (autoestima).

**Tabela 03 - Auto-avaliação de saúde dos indivíduos e aspectos relacionados à infecção dos pacientes. Santa Catarina, Brasil. 2015**

<b>Aspectos relacionados a auto-avaliação de saúde (n=117)</b>	<b>N</b>	<b>% valida</b>
<b>Percepção Geral de Saúde</b>		
Muito ruim	2	1,71%
Ruim	16	13,68%
Nem ruim/nem boa	26	22,22%
Boa	45	38,46%
Muito boa	27	23,08%
Não respondeu	1	0,85%
<b>Se considera doente</b>		
Sim	37	32,48%
Não	76	64,96%
Não respondeu	5	4,27%
<b>Problema saúde</b>		
Colesterol	1	0,9%
Autoestima	5	4,3%
Dores nas costas	5	4,3%
Problemas cardíacos	1	0,9%
Gripe forte	1	0,9%
Angústia	5	4,3%
Cansaço	1	0,9%
Efeitos Colaterais	2	1,7%
Gastrite	4	3,4%
Locomoção	2	1,7%
Insônia	1	0,9%
Não respondeu	89	76,1%

Fonte: Dados primário

A tabela 04 apresenta os dados relacionados à doença (estágio, ano do teste e ano de contaminação). Em relação ao estágio da doença, dos pacientes infectados 53,3% dos pesquisados percebem que o seu estágio de HIV é AIDS, seguido de 23,1% que se percebem assintomáticos e sintomáticos 17,50%.

**Tabela 04-Aspectos relacionados ao estágio da doença, tempo de contaminação. Santa Catarina, Brasil. 2015**

<b>Aspectos relacionados a auto-avaliação de saúde (n=117)</b>	<b>N</b>	<b>% dos participantes</b>
<b>Estágio HIV</b>		
Assintomático	27	23,1%
Sintomático	21	17,50%
AIDS	64	53,30%
Não respondeu	5	6,70%
<b>Ano Teste HIV</b>		
Não respondeu	5	4,27%
1982 -1995	9	7,69%
1996-2000	15	12,80%
2001-2006	25	21,4%
2007-2011	29	24,8%
2012-2015	34	29,1%
<b>Ano Infectado</b>		
1982 - 1989	6	5,12%
1990- 1995	7	5,00%
1996 - 2000	15	12,50%
2001- 2005	18	15,00%
2006 - 2010	28	23,40%
2011- 2015	38	31,60%
Não respondeu	5	4,27%

Fonte: Dados primários

Nas opções da diversidade sexual observa-se que a maioria, 66,6% foram infectados na relação heterossexual , seguidos de 21,3% na

relação homossexual, 2,5% pelo uso de drogas injetáveis, 0,85% por derivados do sangue, 5,8% por outras vias de contaminação e 2,5% não responderam (tabela 05).

**Tabela 05. Vias de contaminação pelo vírus HIV. Santa Catarina, Brasil. 2015**

Via de contaminação	SEXO		Total
	Masculino	Feminino	
sexo com	21	49	70
homem	29	4	33
sexo com mulher	2	1	3
injetando drogas	0	1	1
derivados sangue	5	2	7
outro	1	2	3
Não Respondeu	1	2	3
Total	58	59	117

Fonte: Dados primários

Em relação a análise da qualidade de vida a tabela 06 apresenta as médias obtidas em cada domínio. Observa-se que as mais elevadas médias foram atribuídas aos domínios: a auto-avaliação de saúde, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os domínios nível de independência, físico e espiritualidade apresentaram as médias mais baixas.

**Tabela 06: Valores descritivos dos domínios da escala de qualidade de vida WHOQoL-HIV-Bref. Santa Catarina, Brasil. 2015**

Domínio	Itens	Média	DP	Mínimo	Máximo
Físico	4	11,09	2,02	4	16
Psicológico	5	13,74	3,48	4	20
Nível de independência	4	12,91	2,83	8	19
Relações Sociais	4	13,29	3,27	4	19
Meio Ambiente	8	13,31	2,73	7	19,5
Espiritualidade / religião	4	10,16	2,98	4	20
Crenças pessoais					
Auto-avaliação da QV	29	14,17	3,87	4	20
Média		12,59	1,87	6,8	17,4

Fonte: Dados primários

Na tabela 07 são apresentados os dados referentes a adesão ao tratamento antirretroviral. Observa-se um índice alto de pacientes que não tem adesão adequada (97,5%). Nenhum entrevistado apresentou adesão estrita.

**Tabela 07- Adesão ao tratamento medicamentoso deportadores de HIV, de acordo com os resultados do teste *CEAT-HIV*.**

<b>Adesão</b>	<b>Classificação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>80-89</b>	<b>Estrita</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>75-79</b>	<b>Adequada</b>	<b>3</b>	<b>2,5%</b>
<b>&lt;74</b>	<b>Baixa</b>	<b>114</b>	<b>97,5%</b>
<b>Total</b>		<b>117</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados primários

Embora quase a totalidade dos pacientes tenham apresentados baixa adesão ao tratamento, realizou-se uma análise de correlação (Pearson) para avaliar o grau de adesão e as variáveis internas do CEAT. Foram observadas associações positivas, estatisticamente significativas, entre a adesão e: quando deixava de tomar por que sentia melhoras ( $r=0,79$ ;  $p=0,000$ ), deixava de tomar por que sentia piora ( $r=0,73$ ;  $p=0,000$ ), quando se sentia triste ( $r=0,65$ ;  $p=0,000$ ), dificuldade de toma na hora certa ( $r=0,353$ ;  $p=0,000$ ), quando o resultado do tratamento era bom ( $r=0,187$ ;  $p=0,044$ ).

Identificaram-se correlação negativas nos itens: deixava de tomar quando observava benefício do medicamento ( $r= - 0,260$ ;  $p=0,005$ ) quando houve melhora da saúde ( $r=-0,209$ ;  $p=0,024$ ), quando não se sentia capaz de seguir na hora certa ( $r=-0,282$ ;  $p=0,002$ ), deixava de tomar a medicação por um dia completo ( $r=-0,518$ ;  $p=0,000$ ). Não houve correlação com o número de medicamentos tomados.

## 6. DISCUSSÃO

Após três décadas da doença, suas características epidemiológicas e clínicas diferem das inicialmente observadas. Avanços significativos no diagnóstico e tratamento tem destacado o Brasil no cenário internacional. O Brasil tem uma política pública de acesso universal à medicação anti-retroviral, e nesse sentido, estudos que investiguem a adesão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS tem grande relevância (Seidl et al.2007; Brasil, 2008)

As características sócio-demográficas do estudo se aproximam em parte à outros estudos nacionais em relação a faixa etária com grande amplitude (Seidl et al.2007; Remor et al.2007). A média de idade foi de 44 anos, próxima a encontrada no estudo de Remor et al. 2007. Estudos recentes têm apresentando uma média de idade inferior, entre 30 e 39 anos ( Fiuza et al.2013; Santo et al.2013; Galvão et al.,2015 Silva et al.2015). Média de 8,7 anos vivendo com AIDS, embora cerca de 10% dos indivíduos infectados vivem com a doença há mais de 20 anos.

A proporção homem/mulher foi de 1:1, o que diverge dos estudos de Seidl et al.2007; Remor et al.2007, Ortego et al.,2011, Shah et al.2012, Galvão et al.2015; Silva et al. 2015, nos quais há uma predominância de indivíduos do sexo masculino infectados. Entretanto há de se considerar que a amostra foi por conveniência, dos pacientes que se dispuseram a participar da entrevista. Portanto, pode não representar a real proporcionalidade dos pacientes acompanhados.

Em relação a escolaridade a maioria refere ter estudado até o ensino fundamental o que corrobora com estudos de Zimpel e Fleck, 2007; Ortego et al.2011; Shah et al.2012; Santo et al.2013, Camargo et al.2014, e diverge de Fiuza et al.2013; Galvão 2015; Silva et al.2015. A literatura tem apontado que a escolaridade pode interferir na adesão e qualidade de vida. Quanto maior a escolaridade, melhores são os resultados (Ortego et al.201; Ferreira et al.2012). Entretanto no presente estudo esta relação não foi confirmada.

Na sua maioria, os participantes (40%) referiram viver com companheiro(a). Esta característica sócio-demográfica varia tanto em estudos nacionais quanto internacionais. Enquanto alguns corroboram com os achados do presente estudo (Seidl et al.2007; Ortego et al.2011), muitos reportam serem solteiros ( Boyer et al.2011; Shah et al.2012; Galvão et al.2015; Silva et al.2015. De acordo com Ferreria et al.2012 acredita-se que em pacientes casados ou com união estável

apresentem melhor suporte social e apoio, afetando positivamente a qualidade de vida. Possivelmente este melhor suporte social e de apoio possa interferir também de forma positiva na adesão a TARV.

Quando questionados sobre a auto percepção de saúde a maioria dos pacientes avaliam a sua saúde como boa ou muito boa e embora 53,3% dos pesquisados percebem que o seu estágio de HIV é AIDS. Apenas 25,4% dos entrevistados relataram problemas de saúde, sendo os principais: autoestima, colesterol, gripe forte e efeitos colaterais da terapia antirretroviral. Balderson et al.(2013) realizaram estudo com pacientes mais velhos (50 anos ou mais) e observaram que 94% das pessoas nessa faixa etária que vivem com HIV/AIDS apresentam outras condições crônicas de saúde associadas, sendo os principais problemas relatados: hipertensão, dor crônica, hepatite, artrites, condições respiratórias e diabetes.

No presente estudo a principal forma de transmissão foi na relação heterossexual corroborando achados de outros estudos (DE SOUZA et al, 2013; AFFELDT et al. 2015) e com a hipótese de heterossexualização da doença, com maior crescimento dos casos de HIV/AIDS entre homens heterossexuais (SANTOS et al. 2002)

Em relação à qualidade de vida as maiores médias foram encontradas nos domínios psicológicos, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação de saúde. Escores inferiores foram apontados para os domínios físicos, nível de independência e espiritualidade. Embora estaticamente não se observaram diferenças entre os domínios. Da mesma forma não se identificaram diferenças significativas entre a condição clínica (sintomáticos e assintomáticos), a qualidade de vida e a adesão. Entretanto, o estudo de Nemes et al.(2009) identificou a perspectiva de relação potencial entre os aspectos biológicos e os de natureza psicossocial. Os autores reportam que a condição clínica percebida como sintomática, possibilitou avaliações negativas sobre os domínios físico , nível de independência, psicológico e das relações sociais, subentendendo-se uma baixa qualidade de vida.

A análise da adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral considerando as categorias propostas pelo instrumento CEAT identificou um índice elevado (97,5%) de pacientes que tem uma adesão baixa ao tratamento. Entretanto, 22,2% destes pacientes que informaram baixa adesão atingiram um somatório entre 70 e 74, próximo à adesão adequada. A literatura aponta índices mais satisfatórios de adesão que variam entre 45% a 75% (Seidl et al.2007; Ortego et al.2011; Robbins et al.2012; Romeu et al.2012; Camargo et

al.2014; Fiuza et al.2015;Galvão et al.2015). No entanto, há de se considerar as diferenças de metodologias que interferem na comparação dos dados. Apesar de vários estudos identificarem a contagem de linfócitos T CD4 e carga viral plasmática, optou-se neste estudo, por não registrar, considerando o que não se teve acesso aos prontuários dos participantes.

Ortego et al.(2011) e Camargo et al.(2014) inferem que a adesão aferida por meio do autorrelato tende a ser superestimada quando comparada aos registros de dispensação de medicamentos pela farmácia ou mesmo as informações contidas no prontuário. De qualquer forma, entende-se que em particular, este fenômeno identificado nestes 6 municípios de SC precisa ser melhor investigado a fim de identificar os reais motivos pelos quais as pessoas não estão aderindo ao TARV.

A adesão à terapia antirretroviral é determinante para o tratamento e controle do HIV, e é preditiva para a supressão do vírus, progressão da doença, resistência medicamentosa e melhoria dos serviços de saúde (Maggiolo et al..2005).

De acordo com Shah et al. 2012, a incidência de mortalidade em pacientes que não estão em tratamento antirretroviral é 30 vezes maior do que nos pacientes que tomam o coquetel medicamentos (Shah et al.2012)

Segundo a literatura a não adesão e o tratamento está relacionado: (a) ao consumo de substâncias ilícitas e álcool (Neves, Reis e Gir 2010; Rego e Rego 2010; Almeida et al. 2011; Filho et al. 2012). (b) à falta de conhecimento, esclarecimentos, ações e programas voltados para seu problema, assim como a falta de capacitação dos profissionais para lidar com o público alvo (Colombrini, Lopes e Figueiredo 2006); (c) ao desconforto do tempo da terapia, aos efeitos colaterais do medicamentos (Brasileiros e Cunha 2011) (d) à baixa escolaridade e a fatores socioeconômicos (SANTOS, et al..2016).

Os maiores índices de qualidade de vida foram encontrados nos domínios auto-avaliação de saúde, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os domínios nível de independência, físico e espiritualidade apresentaram as médias mais baixas. No estudo de SANTOS, et al.2007 observou-se a melhor qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos e piores resultados no domínio social. No presente estudo cerca de 40% dos entrevistados relataram deixar de tomar a medicação quando observavam melhora ou piora no bem estar físico.

Em relação ao domínio psicológico sentimentos positivos, cognição, autoestima, a adesão correta do tratamento, traz consequências positivas a saúdes dos pacientes e aumento da qualidade de vida, modificando a ideia mortal da infecção do HIV-AIDS (NOBRE et al., 2012). A depressão tem se demonstrado fator condicionante e responsável pela aceleração da doença, menor qualidade de vida e prevalência de comportamento de não adesão (LESERMAN, 2003). Quase 60% dos participantes do estudo demonstraram que quando estavam tristes deixavam de tomar o medicamento.

Seidl et al.2007 reforçam a importância dos aspectos psicossociais considerando a cronicidade da doença e, os estigmas que muitas vezes causa na população que vive com AIDS. E mais, recomendam a assistência por equipes interdisciplinares para uma abordagem, adequada às dificuldades médicas e psicossociais.

No que concerne as relações humanas e afetivas, a discriminação, o preconceito e exclusão social interferem na baixa qualidade de vida e adesão ao tratamento (BERENQUER, et al. 2012).

No domínio da Espiritualidade / Crença Pessoais e Religião encontrou-se o índice mais baixo de qualidade de vida. Estudos mostram que esse domínio tem auxiliado no aumento da qualidade de vida dando suporte, apoio e integração social dos pacientes infectados, com isso contribuindo para a adesão ao tratamento. (BERENQUER, et al.2012; FERREIRA et al.,2012).

Na Auto-avaliação na Qualidade de Vida, observou-se a maior média. Ao longo do processo de saúde/doença as pessoas vão se adaptando e aprendendo a conviver com a doença e a percepção de qualidade de vida vai se modificando (BALLESTER-ARNAL, et al., 2016).

A qualidade de vida é um campo complexo e pode sofrer interferência de diversos fatores (Ferreira et al. 2012). O uso dos antirretrovirais para o tratamento do HIV/ AIDS trouxe contradições: o aumento da expectativa de vida e o convívio com os efeitos adversos das medicações, bem como as adaptações realizadas na vida diária para a administração destes medicamentos.

Faz-se necessário implementar estratégias que conduzam à melhoria da adesão ao tratamento, a fim de garantir eficácia terapêutica e aumento da sobrevida do paciente. Neste sentido a assistência em saúde tem papel fundamental. Seidl et al. (2007) destacam a importância do acolhimento e da escuta para criar o

vínculo com o serviço e a equipe de saúde eliminando os estigmas e preconceitos ainda existentes.

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores de riscos para a não-adesão e, assim, propor intervenções que efetivamente viabilizem a adesão ao tratamento proposto.

Corroboramos com o pensamento de Margalho et al. (2011) de que a adesão é mediada por diversos vetores, incluindo questões demográficas, clínicas e emocionais do doente. Enquanto comportamento, exige etapas de decisão, dependentes da informação, motivação e comportamento ( Miller e Rollnick, 1991; Fischer e Fischer, 1992 *apud* Margalho et al. 2011).

Neste ínterim, faz-se necessária uma abordagem ecossistêmica, pois uma análise dos fatores relacionados a adesão e a qualidade de vida de forma isolada, desconectada da complexidade que envolve esta população, possivelmente não se atingirá o resultado favorável de melhora na adesão e na QV.

Como bem apontam Margalho et al. 2011 é necessário que se construam modelos integradores e interdisciplinares, que possibilitem compreender e atuar de forma eficaz com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Talvez uma alternativa pudesse ser a proposição de grupos de auto-ajuda e rodas de conversas onde se fale sobre a adesão e qualidade vida e todos os fatores que estão associados.

A conscientização do processo saúde-doença auxilia na relação paciente e profissional. Do contrário, uma pessoa vivendo com HIV já fragilizada por todas as questões que envolvem a doença (não só física, mas psicológica, social, afetiva, laboral, etc) e que não percebe sinais de incentivo ao tratamento, deixa-se à margem do sistema ofertado pelo governo e agrava sua situação, com reflexos em diversas esferas da sua vida.

Há de se pensar também no ambiente físico de dispensação dos medicamentos. Estrutura-los de forma que resguarde a integridade psíquica dos indivíduos, com o intuito de evitar constrangimento e estigmas.

Por fim, é pertinente informar que este estudo não esta isento de limitações do estudo: a amostra foi por obtida conveniência e assim, não permite generalizar os resultados para toda população; os instrumentos obtinham uma informação auto-referida o que pode superestimar os resultados referentes à adesão e a qualidade. Ainda, o estudo tem um desenho transversal, o que não permite estabelecer

relação de causalidade. Em relação ao objetivo específico proposto de estabelecer a relação entre os indicadores de qualidade de vida e a adesão ao tratamento e à terapia antirretroviral, não foi possível estabelecê-la, pois praticamente a totalidade dos pacientes não aderiu à terapia, independente da qualidade de vida.

Contudo, acreditamos que os dados obtidos são importantes para análise que foi proposta e servem de base para elaboração de estratégias que venham contribuir para a melhoria da adesão e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as condições do presente estudo é possível concluir que:

1) As pessoas que vivem com HIV/AIDS, nos 6 municípios participantes do estudo, apresentam baixa adesão a TARV. Apenas 2,5% dos entrevistados apresentaram adesão adequada.

2) Em relação ao perfil das pessoas vivendo com HIV/AIDS, caracterizam-se por ter idade média de 44 anos, de ambos os sexos, com baixa escolaridade e a maioria vivendo com companheiro(a).

3) Na análise da qualidade de vida observou-se que as mais elevadas médias foram atribuídas aos domínios: a auto-avaliação de saúde, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os domínios nível de independência, físico e espiritualidade apresentaram as médias mais baixas.

## REFERÊNCIAS

AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, 2015.

BALDERSON, Benjamin H. et al. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. **AIDS care**, v. 25, n. 4, p. 451-458, 2013.

BALLESTER-ARNAL, R., GÓMEZ-MARTÍNEZ, S., FUMAZ, C. R., GONZÁLEZ-GARCÍA, M., REMOR, E., FUSTER, M. J.. A Spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV. **Rev AIDS and Behavior**, v.20, n.2. p.281-291, 2015.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 104p.

BERENGUER, J. et al. Sustained Virological Response to Interferon Plus Ribavirin Reduces Non–Liver-Related Mortality in Patients Coinfected With Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus. **Clinical infectious diseases**, p. cis500, 2012.

BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Ed Artmed, Porto Alegre, 2004. 256p.

BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G.; MELLO, R. S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no sul do Brasil. **Rev da Sociedade de Medicina Tropical**, v. 42, n. 3, p. 131 - 36, 2009.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 261 -278, 2007.

BORGES, P. C., CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no

Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n 46, p.45-50, 2005.

BOYER, Sylvie et al. Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors. **Social science & medicine**, v. 72, n. 8, p. 1383-1392, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23/12/96, Seção I, p. 27, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST AIDS. **Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST – Versão Preliminar**. Brasília, 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Quais são os antirretrovirais**. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. DOU de 09 de junho de 2014b

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, **Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2015

BRASILEIRO, Marislei Espíndula; CUNHA, Luiz Carlos da. Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 392-396, 2011.

BRITO, A. M., CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 207-217, mar-abr, 2001.

CABRAL, F. A. B. Avaliação da carga viral plasmática do HTLV-1 em indivíduos assintomáticos e desenvolvendo a mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical (HAM/TSP). 2010. Dissertação (Mestrado em Microbiologia) - Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/42/42132/tde-06102010-171847/>>. Acesso em: 2015-01-27

CAMARGO, Luiza Azem; CAPITÃO, Cláudio Garcia; FILIPE, Elvira Maria Ventura. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico USF**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CAÑETE, I. Qualidade de Vida no Trabalho: muitas Definições e Inúmeros Significados. In: C. Bitencourt e cols. **Gestão Contemporânea de Pessoas**. Porto Alegre: Bookman, p.386-411, 2001.

Campos LN, César CC, Guimarães MD. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. **Clinics**, v. 64, n. 9, p. 867-875, 2009

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; DE MORAES LOPES, Maria Helena Baena; DE FIGUEIREDO, Rosely Moralez. Adesão à terapia

antiretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 576-581, 2006.

DE FIGUEIREDO, Rosely Moralez et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 50-55, 2001.

DE SOUZA, Cristiane Chaves et al. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: Um Estudo Epidemiológico. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 11, n. 35, 2013.

DIMA A.L., SCHWEITZER A.M., DIACONIȚĂ R., REMOR E., WANLESS R.S. Adherence to ARV medication in Romanian young adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. **Psychology, Health & Medicine**, v. 18, n.3, p. 343-354, 2013

DUCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridades para o enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, p. 126-34, 2012.

FANG, C.-T. et al. Validation of the World Health Organization quality of life instrument in patients with HIV infection. **Quality of Life Research**, v. 11, n. 8, p. 753-762, 2002

FAUSTINO, Q.M.. Intervenção Cognitivo-Comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV/AIDS. 2006. 141f. Dissertação (mestrado) Universidade de Brasília, 2006. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9224/1/2006\\_Quintino%20o%20Medeiros%20Faustino.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9224/1/2006_Quintino%20o%20Medeiros%20Faustino.pdf)

FIUZA, M. L. T. et al. Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013.

FLECK, M. P.A et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida**

"WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-34, 2000 .

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al.(Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 19-28.

FERREIRA, M C., MENDONÇA, H. **Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 79-104.

Ferreira, B. E., Oliveira, I. M., & Paniago, A. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol**, v.15, n.1, p. 75-84, 2012.

Fonseca, L. C. D., Martins, F. J., Vieira, R. D. C. P. A., Pereira, R. M. C., Ferreira, A. S., & Raposo, N. R. B. (2012). Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.45, n.2, p., 151-155, 2012.

GALVÃO, M. T. G.; SOARES, L. L.; PEDROSA, S. C.; FIUZA, M. L. T.; LEMOS, L. A. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. **Acta Paul. Enferm**, v. 28, n. 1, p. 48-53, 2015.

GASPAR J, REIS RK, PEREIRA FMV, NEVES LAS, CASTRIGHINI CC, GIR E. **Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids em município do interior paulista**. Rev Esc Enferm USP, 2011; 45(1):230 abnt -6

Gondim, R. C., & Kerr-Pontes, L. R. (2000). Homo/bissexualidade masculina: um estudo sobre práticas sexuais desprotegidas em Fortaleza.**Rev. Bras. Epidemiol**, v.3, n. 1-3, p. 38-49, 2000.

ILIAS, M.; CARANDINA, L.; MARIN, M.J.S.. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. **Revista baiana de saúde pública**, v. 35, n. 2, p. 471, 2012.

LESERMAN, Jane. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. **Biological psychiatry**, v. 54, n. 3, p. 295-306, 2003.

MALISKA, Isabel C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. *Rev. gaúcha enferm.*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009. *Clinical Infectious Diseases*, v.40, n. 1, p. 158-163, 2005.

MAGGIOLO, F. Similar Adherence Rates Favor Different Virologic Outcomes for Patients Treated with Nonnucleoside Analogues or Protease Inhibitor. **Clinical Infectious Diseases**, v. 40, p. 158-163, 2005.

MANFREDI R, SABBATANI S, CALZA L. Antiretroviral Therapy Voluntarily Taken at Half-Dosage, but Fully Effective After 6-10 Years: A Provocative Issue for Adherence Requirements: Case Report. *Current HIV research*, v. 6, n. 2, p. 171-172, 2008..

Miller WR, Rollnick S: Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press 1991. 51  
Fisher JD, Fisher WA: Changing AIDS-risk behavior. **Psychol Bull** v.111, n.3, p.455-74 , 1992.

MONTEIRO, R. L. M., MONTEIRO, D.L.M.. "A mídia na informação sobre saúde sexual." **Adolescência e Saúde** v. 2, n. 1, p. 17-28, 2005.

Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Helena, E. T. D. S., Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., Ferraz, D. A. D. S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n. 2, p.207-212, 2009.

NEVES, Lis Aparecida de Souza; REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Compliance with the treatment by patients with the co-infection HIV/tuberculosis: integrative literature review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1135-1141, 2010.

Nobre, A. C. L., de Matos, V. C., & UNIFOR, C. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. v.3, n. 1, p.37-41, 2012.

ORTEGO, Carmen et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 4, p. 282-289, 2011.

PEDROSO, B., GUTIERREZ, G.L., DUARTE, E., PILATTI, L.A., PICININ, C.T. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE HIV/AIDS: UMA VISÃO GERAL DOS INSTRUMENTOS WHOQOL-HIV E WHOQOL-HIV-BREF **Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v. 10, n. 1, p. 50-69,. 2012

RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 8. ed. Rio de Janeiro(RJ): Revinter, 2004.

REGO, Samuel Robson Moreira; REGO, Daianny Macedo de Sousa. Association between the usage of alcohol by HIV patients and the adherence to the antiretroviral drug treatment: a literature review. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.

REINERS, Annelita Almeida Oliveira et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência saúde coletiva**, v. 13, n. Supl 2, p. 2299-306, 2008.

REIS, A.C., LENCASTRE, L., GUERRA, M.P., REMOR, E.. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.3, .420-429, 2010.

REMOR, Eduardo; MILNER-MOSKOVICS, Jenny; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do " Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

RESENDE, R.C., PODEST, M.H.M., SOUZA WA, BARROSO, T.O., VILAS BOAS, O.M.G.C., FERREIRA, E.B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 186-201, ago./dez. 2012

ROBBINS, Reuben N. et al. Cultural influences on antiretroviral therapy adherence among HIV-infected Puerto Ricans. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 23, n. 6, p. 531-538, 2012.

RODRIGUES, A. B. M. et al. Origem, epidemiologia geral e diagnóstico do HIV. **Revista Presença**, v.1, n.1, p. 243-267, 2015.

SADALA, M. L. A.. **Cuidar de pacientes com AIDS: o olhar fenomenológico**. São Paulo: Editora Unesp, 2000. 106p.

SANTO, Caren Camargo do Espírito et al. Adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 458-463, 2013.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev Bras Epidemiol**, v. 5, n. 3, p. 286-310, 2002.

Santos, E. C. M. D., França Junior, I., & Lopes, F. (2007). Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41, 64-71.

Santos, É. I. D., Silva, A. L. D., Santana, P. P. C., Barros, C. H. A. D., Assis, C. T. D., Nogueira, P. M., & Teixeira, P. A. (2016). EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS BRASILEIRAS SOBRE ADESÃO À

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 10(1).

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L. e TRÓCCOLI, B. T. **Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2005, 18(2), p.188-195.

SHAH, Rozaini Mat et al. Highly active antiretroviral therapy reduces mortality and morbidity in patients with AIDS in Sungai Buloh Hospital. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, v. 4, n. 4, p. 239-244, 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO DE SANTA CATARINA – SINAN SC, 2014.

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C.A.L. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad. saúde pública.*, v. 31, n. 6, p. 1188- 1198, 2015.

SOUZA, M. N. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 31, p 235-239, 2010.

TALHATE, J. **Perfil de consumo de medicamentos de pacientes com Diabetes mellitus tipo II.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração, linha de pesquisa Marketing, da Fundação instituto Capixaba de Pesquisa em Contabilidade, Economia e Finanças (FUCAPE) como requisito parcial de obtenção do título de mestre em Administração. Vitória, 2011.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS care*, v. 19, n. 7, p. 923-930, 2007.

ZUGE, S.S. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, 2013, 141. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao\\_Samuel%20Zuge.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Samuel%20Zuge.pdf)

**ZUQUE, M.A.S. Caracterização do atendimento multiprofissional a pessoas vivendo com HIV/AIDS em Três Lagoas (MS), com ênfase na adesão à terapia antirretroviral potente combinada.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.124 p. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/89973>>

## APÊNDICES



## APÊNDICE 1

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSECEP – COMITÊ DE ÉTICA ME PESQUISA COM SERES  
HUMANOS*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE*

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, residente \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ domiciliado

\_\_\_\_\_, portador da Carteira de Identidade, RG \_\_\_\_\_, nascido(a) em

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade

*em participar como voluntário* da pesquisa **ADESÃO AO TRATAMENTO E TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E FATORES ASSOCIADOS DE PESSOAS COM HIV/AIDS EM MUNICÍPIOS CATARINENSE, BRASIL**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo tem por intuito identificar os fatores relacionados à adesão à terapia antirretroviral de pessoas que vivem com o HIV/AIDS em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil.
2. A pesquisa é importante de ser realizada por se tratar de um tema que já vem sendo discutido há algum tempo, percebe-se que a não adesão acaba influenciando a autoestima, a vida pessoal, familiar, social e laboral desta pessoa.
3. Participarão da pesquisa homens e mulheres, com idade igual ou superior a dezoito anos que participam de grupos de apoios a pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS nas cidades de Lages, Florianópolis, Itajaí, Chapecó, Joinville e Criciúma.
4. A população a participar da pesquisa será formada a partir de amostra de usuários dos serviços acima elencados e que estejam em tratamento para HIV-AIDS a pelo menos três meses, totalizando um grupo de 20 (vinte) pessoas vivendo com HIV/AIDS em cada uma das cidades de Lages, Florianópolis, Itajaí, Chapecó, Joinville e Criciúma; sendo que o total de participantes será de 120 (cento e vinte) pessoas.
5. Ressalta-se que serão tomados todos os cuidados necessários para resguardar a não interrupção da pesquisa, privilegiar e assegurar as condições técnicas necessárias à coleta de dados de modo a garantir o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.
6. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada através de um questionário que é uma adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” CEAT-VIH Autorizado pelo Dr. Eduardo Remor.
7. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios a identificação de estratégias de conscientização a partir dos resultados apresentados pelos próprios portadores do vírus HIV/AIDS, na tentativa de reforçar a importância da adesão ao tratamento.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a professora Dra Anelise Viapiana Masiero, responsável pela pesquisa no (49) 3251-1078.

9. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
10. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e, em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados
11. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa, realizando contato prévio com a pesquisadora responsável.

**DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.**

---

Local e data.

---

( Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

---

Responsável pelo projeto: Dra Anelise Viapiana Msiero.  
Endereço para contato: Avenida Castelo Branco, 170. Bairro  
Universitário, CEP 88.509-900 – Lages – SC  
Telefone para contato: (49) 3251-1078.  
E-mail: avmasiero@gmail.com  
CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG - Telefone  
para contato: (49) 3251-1078.

## ANEXOS

### Anexo 1

## DOCUMENTO APROVAÇÃO CEP

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** QUALIDADE DE VIDA E ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV/AIDS DE MUNICÍPIOS CATARINENSES, BRASIL

**Pesquisador:** Anelise Viaplana Mastero

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 46649015.2.0000.5368

**Instituição Proponente:** Universidade do Planalto Catarinense - UNIFLAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.156.840

**Data da Relatoria:** 22/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

Projeto bem apresentado e fundamentado.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivos aplicáveis a metodologia

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em acordo com a RDC 466/12.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com tema relevante, onde o foco são os pacientes portadores do HIV que fazem tratamento.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos forma revisados: Folha de Rosto: assinatura do responsável pela Instituição. No projeto de pesquisa foi informado o orçamento, como foi descrito na Plataforma Brasil. No TCLE foram descritos a quantidade de sujeitos que participaram da pesquisa da forma que foi descrita no Projeto de Pesquisa e na Plataforma Brasil.

- Também foi descrito os riscos e desconfortos aos sujeitos pesquisados, e a assistência que será prestada aos sujeitos nos casos de os riscos serem efetivados.

Revisado o nome do pesquisador responsável no Projeto de Pesquisa e na Plataforma Brasil conta

Endereço: Av. Castello Branco, 170

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-000

UF: SC

Município: LAGES

Telefone: (49)3251-1088

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.150.840

como pesquisadora responsável. Foi anexado a Plataforma Brasil a declaração de concordância das instituições envolvidas. Anexado também na Plataforma Brasil a declaração de compromisso do pesquisador responsável.

**Recomendações:**

Adequações sugeridas foram acatadas, não havendo recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências sanadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais e Critério do CEP:**

LAGES, 22 de Julho de 2015

---

Assinado por:  
Odila Maria Waldrieh  
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-400

UF: SC Município: LAGES

Telefone: (41)3251-1088

E-mail: cep@uniplacages.edu.br

**ANEXO 2****WHOQOL-HIV BREF  
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES  
COM HIV E AIDS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE****SOBRE VOCÊ**

Antes de começar, nós gostaríamos de solicitar que você respondesse umas poucas perguntas gerais sobre sua pessoa: circulando a resposta correta ou preenchendo os espaços oferecidos.

**Qual é o seu sexo?** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Quantos anos você tem?** \_\_\_\_\_ (idade em anos)

**Qual é o grau de instrução mais elevado que você atingiu?**

( ) Nenhum

( ) 1º grau

( ) 2º grau

( ) 3º grau

**Qual é o seu estado civil?**

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Vivendo como casado

( ) Separado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

**Como está a sua saúde?**

( ) Muito ruim

( ) Ruim

( ) Nem ruim, nem boa

( ) Boa

( ) Muito boa

**Você se considera doente atualmente?**

( ) Sim ( ) Não

**Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é?**

---

---

Por favor, responda às perguntas abaixo se elas se aplicam a você:

**Qual é o seu estágio de HIV?** ( ) Assintomático ( ) Sintomático ( ) AIDS

**Em que ano você fez o primeiro teste HIV positivo?** \_\_\_\_\_

**Em que ano você acha que foi infectado?** \_\_\_\_\_

**Como você acha que foi infectado pelo HIV?** (assinale apenas uma alternativa):

( ) Sexo com homem ( ) Sexo com mulher ( ) Injetando drogas

( ) Derivados de sangue ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ***Instruções***

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	62 extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9	O quanto você	1	2	3	4	5

(F53.4)	tem medo do futuro?					
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
19 (F21.1)	Em que medida você tem	1	2	3	4	5

	oportunidades de atividades e lazer?					
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas **últimas duas semanas**.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?					
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
25 (F13.3)	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos,					

	colegas)?					
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu

		nunca	algumas vezes	freqüente mente	muito freqüentemente	sempre
--	--	-------	---------------	-----------------	----------------------	--------

31 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
--------------	--	---	---	---	---	---

ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

**Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?**

**Quanto tempo você levou para preencher este questionário?**

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

---



---



---



---

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

### ANEXO 3

#### Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral em Pessoas com Infecção pelo HIV e Aids (CEAT-VIH, Versão 2.0 em português para Brasil)

Data de avaliação:													
Nome completo:													
Data de nascimento:							Idade:						
Nível de estudos:													
Centro:													

**Instruções:** Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação atual e sobre seu tratamento. A informação que você proporcione será estritamente confidencial. Por favor, responda a todas as perguntas pessoalmente. Marque a opção que melhor se adequa ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”.

	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
Durante a última semana					
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? (escrever os nomes) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito
7. Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?	<input type="checkbox"/>				
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	<input type="checkbox"/>				
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?	<input type="checkbox"/>				
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	<input type="checkbox"/>				
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	<input type="checkbox"/>				

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas das vezes	Sim, sempre
------------	-----------------	---	-----------------------	-------------

12. Normalmente está       
acostumado a tomar a  
medicação na hora certa?

13. Quando os resultados dos       
exames são bons, seu médico  
costuma utilizá-los para lhe dar  
ânimo e motivação para seguir  
com o tratamento?

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a  
tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

**15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados  
com o uso dos medicamentos para o HIV?**

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	--------------------------	----------------	------------------

**16. QUANTO TEMPO ACREDITA QUE PERDE OCUPANDO-  
SE EM TOMAR SEUS REMÉDIOS?**

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

**17. QUE AVALIAÇÃO TEM DE SI MESMO COM RELAÇÃO  
A TOMA DOS REMÉDIOS PARA O HIV?**

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	--------------------

**18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?**

Muita dificuldade  
Bastante dificuldade  
Regular  
Pouca dificuldade  
Nenhuma dificuldade

**SIM**

**NÃO**

**19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?**

**[Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?]**

.....

**20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?**

**Qual? .....**

<b>Pontuação direta =</b> _____	<b>Centil =</b> _____	<b>Classificação =</b> _____
------------------------------------	--------------------------	---------------------------------







